***CRASHED* Enrollment Form - Spanish**

**Clinician questions:**

|  |
| --- |
| 1. Based on the participant’s history and physical, what is your clinical suspicion this participant has Monkeypox infection?

[ ]  Very Unlikely  [ ]  Unlikely  [ ]  Neutral  [ ]  Likely  [ ]  Very Likely1. Based on the participant’s history and physical, will you be obtaining a Monkeypox test as part of usual care?

[ ]  Yes [ ]  No 1. Rash/lesion description (check all that apply):

 [ ]  Vesicular  [ ]  Pustular  [ ]  Crusted  [ ]  Ulcerated 1. How many lesions are present?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # of lesions

 5. Is there lymphadenopathy? [ ]  Yes [ ]  No  6. Is there tenderness to palpation of rash/lesions? [ ]  Yes [ ]  No  7. Estimate the approximate diameter of a typical lesion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm  8. Estimate the approximate diameter of the largest lesion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm 9. Please circle location(s) of lesions: |

**Preguntas de la entrevista al participante – administradas por el coordinador del centro**

*Si se entrevista al padre/madre/tutor, debe utilizarse “su hijo/a” en lugar de “usted” o “su” en las preguntas a continuación. Dígale al participante que le haremos algunas preguntas personales para ayudarnos a entender más acerca de esta infección y si algo le hace sentir incómodo/a y preferiría no responder una pregunta, puede decírselo y usted avanzará a la siguiente pregunta.*

**Datos demográficos:**

1. Edad en años \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Etnia: [ ]  Hispano o Latino [ ]  No Hispano o No Latino
3. Raza (*marque una*):

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Indio americano/nativo de Alaska |
| [ ]  | Asiático |
| [ ]  | Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico |
| [ ]  | Negro o afroamericano  |
| [ ]  | Blanco |
| [ ]  | Otro |
| [ ]  | Raza mixta (*proporcione detalles en comentarios*)  |
| [ ]  | Se rehusó a responder |

 12a. Comentarios sobre raza/etnia*:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Qué sexo se indicó originalmente en su certificado de nacimiento?

 [ ]  Mujer [ ]  Varón [ ]  Se rehusó a responder

1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?

 [ ]  Privado (Blue cross, Healthnet, etc.)

 [ ]  Medi-Cal/Medi-caid

 [ ]  Medicare

 [ ]  My Health LA

 [ ]  Kaiser Permanente

 [ ]  Veteranos

 [ ]  Tricare

 [ ]  No está asegurado

 [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  No estoy seguro(a) de que seguro tengo

**Historia social**

1. En los últimos ***tres meses***, ¿ha tenido un lugar estable para vivir del que usted fuera propietario, inquilino o se quedara como parte de un hogar?

[ ]  Sí

[ ]  No

1. En los últimos ***tres meses***, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo?

[ ]  Casa/apartamento/garaje convertido

[ ]  ¿Cuántas habitaciones en total? (dormitorios, baños, cocina, sala de estar, etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  ¿Cuántos adultos de 18 años o más?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  ¿Cuántos niños/as de 17 años o menos?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  En la calle

[ ]  Refugio para personas sin hogar

[ ]  Automóvil/vehículo recreativo (RV)

[ ]  Motel/Hoteles

[ ]  Permaneció con amigos/familia

[ ]  Centro de enfermería especializada (o asilo)

[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su trabao o ocupación actual?

 [ ]  No asiste a la escuela (< 5 años)

 [ ]  En la escuela

 [ ]  Desempleado o Jubilado(a)

 [ ]  Empleado:

 [ ]  Trabajador de atención médica

 [ ]  Trabajador de clínica/laboratorio de hospital

 [ ]  Trabajo con animales (mascotas, roedores, etc.)

 [ ]  Trabajador penitenciario/cárcel

 [ ]  Trabajador escolar o de cuidado diurno

 [ ]  Limpieza de viviendas, edificios, hoteles, restaurantes

 [ ]  Servicios alimentarios (restaurante)

 [ ]  Otro (especifique la ocupación): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha sido encarcelado en los últimos ***tres meses***?

 [ ]  Sí

 [ ]  No

 [ ]  No aplica (niño/a)

 [ ]  Se rehusó a responder

1. ¿Ha viajado fuera de esta ciudad en los últimos ***tres meses***?

 [ ]  Sí [ ]  No

19a. Si la respuesta es sí, especifique el/los lugar(es): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Historial médico**

1. ¿Tiene diabetes: [ ] Sí [ ]  No

 20a. Si la respuesta es sí, ¿utiliza insulina? [ ] Sí [ ]  No

1. ¿Tiene eczema u otra enfermedad crónica de la piel? [ ] Sí [ ]  No
2. ¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora o condiciones que afectan su sistema inmunológico? [ ] Sí [ ]  No

 (*p. ej., se está tratando por artritis reumatoide, VIH/SIDA, cáncer, etc*.)

1. ¿Le han diagnosticado una infección/enfermedad de transmisión sexual en el ***último año***?

 [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No aplica (niño/a menor de 16 años)

23a. Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan:

 [ ]  Clamidia

 [ ]  Gonorrea

 [ ]  Herpes

 [ ]  Sífilis

 [ ]  VIH

 [ ]  PVH (papilomavirus humano)

 [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  No está seguro/a

 [ ]  Se rehusó a responder

1. ¿Tiene VIH, el virus que causa el SIDA?

 [ ]  Sí

 [ ]  No

 [ ]  No sé

 [ ]  Se rehusó a responder

 [ ]  No aplicable (niño/a menor de 16 años)

 24a. Si la respuesta es Sí, indique lo más reciente:

 [ ]  Conteo de CD4, si se conoce: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (células/mm3)

 [ ]  Carga viral \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ (copies/mL)

 [ ]  Indetectable

 [ ]  No está seguro/a/Se rehusó a responder

 24b. Si la respuesta es Sí, ¿está tomando medicamentos para VIH?

 [ ]  Sí

 [ ]  No

 [ ]  No sé

 [ ]  Se rehusó a responder

1. ¿Está utilizando medicamentos para prevenir una infección por VIH, también conocidos como

PrEP (profilaxis previa a la exposición)?

[ ]  Sí

[ ]  No

[ ]  No sé

[ ]  Se rehusó a responder

[ ]  No aplica (niño/a)

1. ¿Piensa que puede estar embarazada?

 [ ]  Sí

 [ ]  No

 [ ]  No aplica (varón, niño/a)

1. ¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas?:

27a. Vacuna contra la viruela: [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No está seguro

27b. Vacuna contra “la viruela del mono” o Mpox (en inglés): [ ]  Sí [ ]  No

 27b1. Si la respuesta es Sí, seleccione a continuación:

[ ]  Imvamune/JYNNEOS, fechas de administración:

Dosis 1: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 MM DD AAAA

Dosis 2: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 MM DD AAAA

[ ]  Imvanex/ACAM2000, fecha de administración: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

 MM DD AAAA

 [ ]  Vacuna contra Mpox desconocida, fecha de administración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 MM DD AAAA

1. ¿Ha tenido una infección por Mpox (viruela del mono) anteriormente (resultado positivo de la prueba de Mpox)?

 [ ] Sí [ ]  No

28a. Si la respuesta es Sí, ¿cuál fue la fecha aproximada del diagnóstico? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 MM DD AAAA

**Historial de enfermedad actual**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿Ha consultado a otro proveedor de atención médica (doctor) para los síntomas actuales *antes* de esta visita?
 |   [ ]  Sí [ ]  No  |
|  *Si la respuesta es Sí, responder 29a-d:*  29a. ¿Cuál fue el último lugar donde se atendió  (*marcar uno*)?   |    [ ]  Sala de emergencias  [ ]  Médico de atención primaria [ ]  Clínica de infección de transmisión sexual /VIH [ ]  Clínica (Planned Parenthood) [ ]  Dermatólogo  [ ]  Urgencia  [ ]  Telesalud/consulta telefónica  [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 29b. Si la respuesta es Sí, ¿tenía erupción en ese momento?   |  [ ]  Sí [ ]  No  |
|  29c. ¿Cuál fue el diagnóstico que le dieron en ese momento? [ ]  Síndrome viral (resfriado/infección vías respiratorias superiores/influenza) [ ]  COVID-19 [ ]  Celulitis  [ ]  Erupción por reacción alérgica (dermatitis de contacto/picadura de insectos, etc.)  [ ]  Culebrilla (Herpes zóster) [ ]  Infección del tracto urinario (o prostatitis) [ ]  Gonorrea, clamidia, herpes u otra infección de transmisión sexual  [ ]  No sé  [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  29d. ¿Le recetaron un medicamento?  | [ ]  Sí [ ]  No Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Si no lo conoce, escriba “no lo conoce”* |

1. ¿Cuántos días ha tenido la erupción? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días
2. ¿Ha tenido fiebre en las últimas ***2 semanas***?

(medida o subjetiva) [ ]  Sí [ ]  No/No está seguro

1. ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha tenido además de la erupción de la actual enfermedad? (*Marque todas las opciones que correspondan*)

 [ ]  Fiebre

[ ]  Escalofríos

 [ ]  Dolores corporales o dolores musculares

 [ ]  Sentir cansancio o fatiga

 [ ]  Dolor de cabeza

 [ ]  Nariz tapada o congestionada

 [ ]  Dolor de garganta

 [ ]  Tos

 [ ]  Ganglios inflamados del cuello, axilas o área inguinal (partes íntimas)

[ ]  Molestia o dolor al orinar, u orinar con más frecuencia de la habitual o tener una fuerte necesidad de orinar

 [ ]  Molestia en el trasero cuando va al baño a evacuar el intestino

[ ]  Sentir que tiene una gran necesidad de ir al baño para evacuar el intestino, incluso si en realidad no existe tal necesidad

 [ ]  Líquido o fluido que sale del trasero

 [ ]  Líquido o fluido que sale de la vagina o pene (más de lo normal)

 [ ]  Dolor o molestia en la zona baja del abdomen

 [ ]  Dolor o molestia al tener sexo (***solo para quienes tienen 16 años y más***)

 [ ]  Otros síntomas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Ninguno de los anteriores

32a. Si tuvo otros síntomas además de la erupción reportada anteriormente, ¿cuántos días duraron *(Note: si tuvo varios síntomas reportados, utiliza el número de días del síntoma que duró más tiempo. Si no se reportaron otros síntomas, i.e., "ninguno de los anteriores", escribe 0.*)?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dias

1. ¿La erupción es dolorosa? [ ]  Sí [ ]  No
2. ¿Es una erupción con comezón? [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿Ha tenido contacto con alguien con síntomas similares o erupción en el último ***mes***?
 | [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No está seguro  |
| 35a. Si la respuesta es Sí, ¿quién? (*Marquetodas las opciones que correspondan*) |  [ ]  Personas con las que vive/miembros del hogar [ ]  Parejas íntimas/sexuales [ ]  Compañeros/as de trabajo  [ ]  Compañeros/as de escuela/cuidado diurno/club de niños y niñas  [ ]  Miembros equipo deportivo/gimnasio  [ ]  Cuidador/a  [ ]  Otros en refugio, prisión  [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|   35b. En el caso de los miembros del hogar/personas con las que vive, ¿cuántos tuvieron síntomas?: |    [ ]  Adultos > 18: \_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Niños/as < 18: \_\_\_\_\_\_ |
|  35c. En el caso de los miembros del hogar/personas con las que vive, ¿ha compartido alguno de los siguientes elementos: |  [ ]  Camas  [ ]  Sábanas/mantas  [ ]  Toallas  [ ]  Ropa  [ ]  Baños   |
| 1. ¿Ha usted o su hijo/a asistido a un festival de música masivo o evento social multitudinario en el último **mes?**
 |   [ ]  Sí [ ]  No  |

***Note for site coordinator:***

*If participant is 15 years or younger, they are done with the questionnaire. Thank them for their time and ask them if they have any feedback about the questions we asked them and note their response in the comments section below. If participant is 16 years or older, proceed to the self-administered survey and after they complete that survey ask them for feedback and note their response in the comments section below. Make sure to obtain swabs and images and record locations on next page.*

**For site coordinator to complete:**

*Two rash swabs and digital pictures of the rash swab sites should be obtained from each participant. If there is only one lesion, obtain two swabs of the same lesion. If there is more than one lesion, obtain one swab each from two different lesions. Please keep track of what body location the two swabs and images are obtained and note them on the swab label* ***and*** *on this form below.*



|  |  |
| --- | --- |
| Were rash swabs obtained? |  [ ]  Yes [ ]  No *If No, explain in Comments section.**If Yes, Note rash location (use guide below) of the two swabs below. If only one lesion, write the same location in both spaces below.* *Location A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Location B\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Were pictures obtained? |  [ ]  Yes [ ]  No *If No, explain in Comments section.**If Yes, Note rash location (use guide below) of the lesions photographed below. If only one lesion, leave Location B blank**Location A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Location B\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**Comments:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Form Completed by MM DD YYYY